CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 2ª REGIÃO
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

FOTO

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO JUNTO AO CRTR 2ª REGIÃO

Senhor Diretor Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 2ª Região.

EU,_____,tendo pleno conhecimento das exigências contidas na Lei nº 7.394/85, na Lei nº 10.508/2002 e no Decreto nº 92.790/86- que regulamentou a Profissão de Técnico em Radiologia**, venho REQUERER minha INSCRIÇÃO** no Conselho Regional de Técnicos em Radiologia da 2ª Região, como:

TODOS OS DADOS DEVERÃO SER PREENCHIDOS COM LETRA DE FORMA E LEGÍVEL

( )TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA ( )TÉCNICO EM RADIOLOGIA ( )AUXILIAR DE RADIOLOGIA

1-FILIAÇÃO:_____ e _____
2-DATA DE NASCIMENTO:_____/_____/_____ **3-ESTADO CIVIL:**_____
4-NATURALIDADE:_____**5-UF:**_____
6-E-MAIL:_____
7-ENDEREÇO:_____**8-Nº** _____
9-BAIRRO_____**10-COMPLEMENTO**_____
11-CEP:_____ **12-CIDADE:**_____**13-UF:**_____
14-Celular.(___)_____**15-Operadora**_____**16-whatsapp.(____)**_____**17-Operadora**_____
18-ESPECIALIDADE:_____**(radiodiagnostico para formados no curso técnico ou plena para formados no curso superior)**
19-DIPLOMADO PELO :_____
20-REGISTRO DIPLOMA. Nº_____**21-LIVRO:**_____**22-FLS:**_____ **23-DATA:**_____/___/____
24-CIDADE:_____ **25-UF:**____ **26- Data Colação de Grau** _____/_____/_____
27- Total de Horas Cursado:_____**28-GRAU DE INSTRUÇÃO:**_____ **29-RAÇA:**_____
30-CART. IDENTIDADE Nº_____ **31-ÓRGÃO EXP:**_____**UF**____
32-DATA EXP.____/___/____ **33- CPF:**_____**34-Estado Civil:**_____
35-Tipo Sanguineo: _____**36- Título eleitor nº**_____ **37- Zona**_____ **38 Seção**_____
39 Data expedição titulo_____/_____/_____ **40 Munícipio do titulo**_____
41 carteira trabalho nº _____ **42 Série**_____
43 Nome social_____

Obs. : Estou ciente que, independentemente de retirar ou não minha credencial, está trabalhando ou não, deverei pagar a anuidade correspondente, após ser formalmente notificado do deferimento de meu registro junto ao CRTR 2ª Região. Fato gerador da anuidade, é o registro profissional. Em caso de não exercer a profissão e não querer pagar mais a anuidade, deverá solicitar o cancelamento do registro profissional por meio de requerimento assinado, disponível no site www.crtrceara.gov.br.

CIDADE _____, _____**de**_____**de 20**_____

_____
Assinatura do Requerente

R. Barão do Rio Branco,1071-Ed.Lobrás-Centro- CEP: 60025-903 -Fortaleza-CE -FONE: (085) 3251.15.51- Whatsaap (85)996947087

Site: www.crtrceara.gov.br – E-mail: crtr2@crtrceara.gov.br (institucional) registro@crtrceara.gov.br (para (registro)